PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok IX 1937 Nr 9

Pielęgniarka Polska Nr. 9	L'Infirmière Polonaise Nr. 9

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty:

rocznie 6 zł. kwartalnie 2·00 zł. miesięcznie 70 gr.

Przy zaległościach w prenumeracie zł. 8 rocznie

Konto P. K. O. 409.450.

Rok IX Wrzesień 1937 Nr 9

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARII STAROWIEYSKIEJ

Opieka pozazakładowa w Szpitalu Psychiatrycznym w Choroszczy

Do niedawna chorzy psychicznie skazani byli na stałe przebywanie w zakładach i szpitalach. Często stan ich polepszał się o tyle, że śmiało mogliby się znaleźć wśród normalnego otoczenia, a nawet zająć się jakąś pracą, ale rodziny, z obawy przed pogorszeniem, lub po prostu wstydząc się takich chorych, wolały za nich płacić, byleby nie mieć ich przy sobie, nie biorąc pod uwagę tego, jaką okropną krzywdę wyrządzają tym biednym istotom, pozbawiając je normalnego otoczenia. Nieraz jednak własna rodzina źle wpływa na chorego wskutek nieumiejętnego postępowania, albo odwrotnie — sam chory jest do niej uprzedzony i nie chce pozostawać na jej opiece.

Dużo pacjentów rekrutuje się z przytułków i innych schronisk. Są to potomkowie alkoholików, epileptyków, często niewiadomego pochodzenia, nie mają gdzie przebywać, a nie mogą utrzymać się o własnych siłach. Ci, pozostawając ciągle w zakładach, nie poznając innego życia — tępieją coraz bardziej.

Przytułek czy szpital, chociażby najlepiej zorganizowany, nigdy nie zastąpi życia rodzinnego. Wprawdzie pozornie zdawać by się mogło, że choremu psychicznie wszystko jedno, w jakim przebywa otoczeniu, jednak tak nie jest. Niektórzy pacjenci bardzo odczuwają brak ciepła rodzinnego i brak zainteresowania ze strony własnej rodziny. Cieszą się ogromnie każdą otrzymaną wiadomością, każdym listem, czy paczką, tęsknią do innego życia.

Dla zapewnienia chorym innych warunków niż te, jakie daje zakład, dla stworzenia im rodziny zastępczej, powstała opieka pozazakładowa.

W Polsce opiekę pozazakładową na większą skalę wprowadzono w listopadzie 1933 roku przy Szpitalu Psychiatrycznym w Choroszczy, w powiecie białostockim. Polega ona na tym, że chorych spokojnych, epileptyków, niedorozwiniętych oraz dzieci psychicznie upośledzone oddaje się za opłatą do rodzin wieśniaczych, mieszkających po wsiach i koloniach w okolicach Choroszczy. Do jednych wsi oddaje się mężczyzn, do drugich — kobiety. W samej Choroszczy umieszcza się chorych inteligentniejszych, którzy wolą przebywać w miasteczku, lub Żydów, którzy chcą być na opiece w rodzinach żydowskich.

Opiekę nad mężczyznami sprawują wioski: Barszczewo, Czaplino, Kopciuki, Mince, Gajowniki, Ogrodniki, Oliszki, Zastawie i Zaczerlany. Opiekę nad kobietami — Dobrzyniewo, Dzikie, Fasty, Jeroniki, Jaworówka, Konowały, Kruszewo, Łyski, Pańki, Rogówek, Rogowo, Ruszczany i Żółtki. Najdalej położona wieś, Kruszewo, oddalona jest od Szpitala o 14 km.

Gospodarz, który chce wziąć chorego pod opiekę, zgłasza się do Szpitala, a lekarz danego rejonu ogląda mieszkanie i bada warunki. Wymagany jest osobny, dość duży pokój, o ile możliwe z osobnym wejściem, jasny, suchy, musi w nim być drewniana podłoga, wietrzniki w oknach lub górne, łatwe do otwierania. Obejście posiadać musi porządny ustęp i studnię z przykryciem. Pożądany jest ogródek i sad, gdzie by chorzy mogli przebywać. Gospodarz musi mieć najmniej dwie izby dla siebie i musi być dość zamożny, aby móc odpowiednio żywić chorych. Specjalnego badania gospodarzy w kierunku zdrowotnym się nie przeprowadza; chorzy mają zresztą osobny pokój i własne naczynia i nie mają ciągłego bliskiego kontaktu z rodziną. Natomiast zwraca się wielką uwagę na zachowanie się gospodarzy, na ich poziom moralny, na picie alkoholu i t. d.

Po zakwalifikowaniu rodziny i mieszkania, gospodarz składa odpowiednią deklarację i po pewnym czasie dostaje chorego pod opiekę ze wskazówkami, jak ma z nim postępować. Przeważnie umieszcza się po dwu chorych w jednej rodzinie, starając się dobrać ich pod względem usposobienia. Domy, w których przebywają chorzy, oznaczone są białymi trójkątami z kółkiem w środku, czerwonym na „opiece kobiecej“, czarnym na „opiece męskiej“. Ułatwia to ogromnie robienie wywiadów, zwłaszcza gdy się jeszcze nie zna dobrze terenu. Pokoje chorych są umeblowane skromnie, bez niepotrzebnych przedmiotów, a więc umeblowanie obejmuje łóżka, stół, kilka krzeseł, umywalkę i wieszak. Łóżka, pościel i ubranie dla chorych daje Szpital. Za zaginione przedmioty odpowiadają gospodarze. Co tydzień opiekunowie przyprowadzają chorych do kąpieli i do zmiany bielizny. Kąpiel odbywa się w łaźni szpitalnej pod tuszem. Przy tej spo-

sobności odbywają się dokładne oględziny chorych czy nie ma oznak złego obchodzenia się z nimi, zaniedbania, w poszczególnych przypadkach — badania lekarskie, opatrunki, wydawanie lekarstw. Jednocześnie odbywają się t. zw. „zmiany“, t. j. przydziela się nowych chorych z oddziału pod opiekę rodziny, w razie potrzeby zmienia się opiekunów lub kieruje się z powrotem na oddział chorych, nie nadających się do rodzin. Znalezienie wszawicy u chorego uważane jest za tak wielkie zaniedbanie, iż w takim wypadku chorego natychmiast się zabiera. Pomniejsze braki, wpisuje się do indywidualnych książeczek chorych, a dopiero, jeżeli kilkakrotne upomnienia nie odnoszą skutku, chorych przenosi się do innej rodziny.

Raz na miesiąc waży się wszystkich chorych.



Pokój chorych we wsi Barszczewo

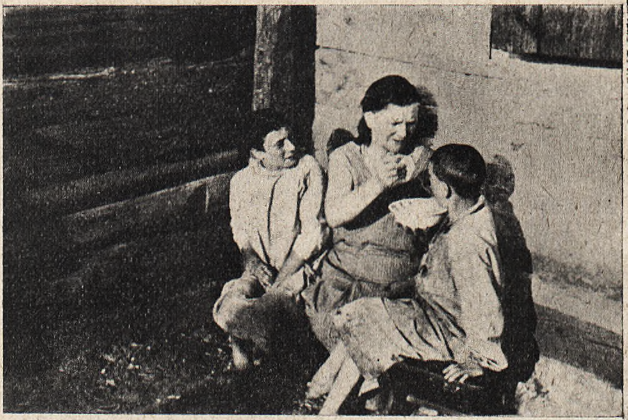
Chorych odwiedzają po domach lekarze i pielęgniarki. W opiece pozazakładowej pracuje czterech lekarzy (ordynator i trzech lekarzy rejonowych), którzy do wyjazdu na wizytację mają przeznaczone auto i konie, dostarczane przez Szpital. We wsiach stale mieszkają trzy pielęgniarki i pielęgniarz *), ci jeżdżą na wizytacje furmankami, dostarczanymi kolejno przez opiekunów, lub na rowerach.

Chorzy często pomagają opiekunom przy gospodarstwie, pracują w polu, pasą bydło, noszą wodę, sprzątają, w zimie rżną sieczkę i drzewo, za co otrzymują od opiekunów wynagrodzenie w postaci papierosów i ubrania. Za stałą pracę gospodarz płaci choremu, lecz pieniędzy nie oddaje mu do

*) W Szpitalu w Choroszczy pracuje kilku pielęgniarzy. Mają ukończone gimnazjum (matura), lub szkołę zawodową, jako kwalifikacje pielęgniarskie — kilkumiesięczną praktykę. Pielęgniarz, mieszkający na wsi, ma ukończoną szkołę rolniczą.

rąk, ale składa, jako depozyt, w Szpitalu. Pieniądze te może chory każdej chwili podjąć za pośrednictwem opiekuna, który musi potem zdać Szpitalowi rachunek. Chorzy mogą pracować i poza rodziną, u której mieszkają, ale tylko za zgodą lekarza, który sprawdza rodzaj pracy oraz czuwa, aby nie było wyzysku. Opiekunom poleca się, aby chorych nie zmuszali, lecz łagodnie namawiali do pracy. Szpital dostarcza kobietom robót ręcznych: firanek, serwetek, poduszek, wełny na swetry, szale, rękawiczki, skarpetki i t. p. Za pracę tę chore nie otrzymują wynagrodzenia pieniężnego, tylko paczki żywnościowe, t. j. masło, jaja, cukier, owoce oraz upominki świąteczne, jak materiały na suknie, swetry, lepsze obuwie i t. p.

Pacjenci korzystają czasem ze znacznej swobody, niektórzy mogą samodzielnie wychodzić na spacery. Innym nie wolno oddalać się z domu bez



Opiekunka karmi chorą

opieki. Do kościoła mogą chodzić chorzy spokojni i przytomni w towarzystwie opiekunów.

Nieraz zdarzają się ucieczki. Niektóre są uplanowane, lecz częściej chorzy po prostu zbłądzą. Zwykle po pewnym czasie przyprowadzają ich do Szpitala okoliczni mieszkańcy lub policja, gdyż chorzy uciekają przeważnie w ubraniu szpitalnym, znanym w całej okolicy. Gospodarz musi natychmiast zawiadomić Szpital o ucieczce chorego i zająć się jego poszukiwaniem. Szpital płaci za przyprowadzenie chorego 3 zł.

Podniecenia płciowe u chorych na opiece trafiają się rzadko, gdyż chorych bardziej agresywnych trzyma się na oddziale, a podnieconym podaje się środki uspokajające i uprzedza się o ich stanie opiekunów, którzy muszą ich wtedy specjalnie pilnować.

Gospodarze na ogół dobrze opiekują się chorymi, odnoszą się do nich przychylnie, rozumieją ich i nie robią im krzywdy. Tylko bardzo rzadko

zdarzają się dokuczania ze strony wyrostków wiejskich. Zresztą za zaniedbanie, za nieumiejętne postępowanie lub nie stosowanie się do wskazówek, odbiera się chorego.

Zapewne, że gospodarze zwykle biorą chorych dla zarobku, (otrzymują 1 zł. dziennie za każdego pierwszego chorego, a 80 gr. za każdego następnego, a ponieważ chorzy jedzą to, co rodzina, a odzież noszą szpitalną, przeto zysk jest czysty, co przyczynia się do poprawy dobrobytu wsi), ale oprócz zysku pieniężnego, daje im opieka pozazakładowa daleko ważniejsze korzyści. Przy okazji odwiedzin bowiem, lekarze i pielęgniarki zwracają uwagę nie tylko np. na sam pokój chorego, jego czystość, wentylację i t. d., ale także na mieszkanie i obejście gospodarza. Sprawdzanie wyglądu potraw i ich przyrządzania, kosztowanie potraw przez odwiedzających, pobudza gospodarzy do staranniejszego przyrządania posiłków. Ponadto zarząd Szpi-



Chorzy z opiekunami przy sianokosach

tala w wysokim stopniu bierze pod uwagę stosunek gospodarza do chorych, jak również jego poziom moralny i kulturalny. Sama ludność szczerze przyznaje, że od czasu wprowadzenia opieki, mniej jest po wsiach kradzieży i pijaństwa, gdyż wykroczenia takie dyskwalifikują gospodarzy do opieki nad chorymi.

Pielęgniarki i pielęgniarz, mieszkający na wsi, nie tylko opiekują się chorymi, lecz zajmują się też szerszą pracą społeczną. Przy pomocy Szpitala urządzają odczyty, pogadanki z zakresu rolnictwa i higieny, zakładają kółka rolnicze, urządzają konkursy ogrodów, prowadzą świetlice i t. d. Niemowlęta i chorych na gruźlicę kierują do Ośrodka Zdrowia w Choroszczy. Obecnie we wsiach Pańki i Rogowo budują się łaźnie, gdyż opieka rozwinęła się o tyle, że łaźnia przy Szpitalu okazuje się za mała.

W niedziele i święta w Szpitalu odbywają się przedstawienia dla chorych, wyświetlane są filmy o treści pogodnej, spokojnej. Wielkim powo-

dzeniem cieszą się zabawy, zwłaszcza gdy przygrywa orkiestra. W tańcach biorą udział chorzy, pielęgniarki, sanitariuszki, sanitariusze. Chorzy za pośrednictwem pielęgniarki mogą wypożyczać książki z biblioteki szpitalnej, otrzymują też tygodniki i gazety.

Pod wpływem opieki rodzinnej stan niektórych chorych ulega znacznej poprawie. Interesują się i normalniej reagują na otoczenie, czują się lepiej, przywiązują się do przybranej rodziny.

I tak na przykład: dwie dziewczynki lat 10 i 12, kaleki niedorozwinięte, nie mówiły, nic nie rozumiały, zanieczyszczały się. Po dwuletnim pobycie w rodzinie wymawiają potoczne wyrazy, rozumieją wszystko i łatwo z nimi nawiązać kontakt. Do opiekunów swoich są ogromnie przywiązane. Gdy raz w czasie odwiedzin pielęgniarka zażartowała, że zabierze je na oddział, jedna z dziewczynek momentalnie znalazła się pod łóżkiem i póki pielęgniarka nie wyszła, nie dała się z tamtąd wyciągnąć. Odtąd długo podczas odwiedzin trzymała się kurczowo swojej opiekunki.

Chora A. P., lat 25, na oddziale była apatyczna, nie chciała jeść, nie interesowała się otoczeniem, ciągle ubywało jej na wadze. Oddana pod opiekę, po kilku dniach ożywiła się, zainteresowała się gospodarstwem, zaczęła pracować. Wreszcie orzekła, że jest we własnym majątku, z którego dawno wyjechała. Nie dała się z błędu wyprowadzić. Obecnie czuje się bardzo dobrze, w ciągu miesiąca przybyło jej 7 kilo, jest wesoła, rozmowna, zadowolona.

Niedawno jedna z chorych, osiemnastoletnia dziewczyna, miała być z pod opieki pozazakładowej odesłana do własnego domu, gdyż przestano za nią płacić, a stan jej był dobry. Dowiedziawszy się o tym, zalewała się łzami. Z trudem udało się jej wytłumaczyć, że w domu będzie jej również dobrze.

Przykładów takich jest bardzo dużo. Naturalnie, że zdarzają się wypadki odwrotne, gdy chorzy ciągle dopytują się, kiedy pojadą do domu, ale bardzo mało jest takich, którzy chcą z pod opieki wrócić na oddział.

Trafiają się też wypadki wielkiego przywiązania opiekunów do chorych. Niedawno, gdy jednemu z gospodarzy zarząd Szpitala chciał zamienić chorego, gospodarz ze łzami w oczach prosił, aby go zostawić, gdyż nie uważa go za pacjenta, tylko za członka rodziny. Mówił, że jest wychowawcą dzieci, uczy je, czyta im książki. Dzieci też są ogromnie do niego przywiązane.

Oprócz dużych korzyści zdrowotnych dla chorych, a moralnych i kulturalnych dla gospodarzy, opieka pozazakładowa ma jeszcze i tę wielką zaletę, że jest dwukrotnie tańsza od zakładowej. Podczas gdy koszt dzienny chorego w Szpitalu w Choroszczy wynosi 3 zł., to w rodzinie tylko 1.50 zł. Zresztą szpitali psychiatrycznych w Polsce jest tak mało, że oddając chorych spokojnych pod opiekę rodzin, zyskuje się miejsce w szpitalu dla tych chorych, którzy rzeczywiście opieki zamkniętej potrzebują.

Stan Opieki Pozazakładowej dnia 31 maja 1937 r.

		Schizophrenia		Niedorozwój		Schorzenia kiłowe		Epilepsja		Dementia senilis		Cierpienia z objawami ze strony jąder podkorowych		Organiczne schorzenia ogólnego układu nerwowego		Psychopatia konstytucjon.		Alkoholizm i narkomania		Psychoza okresowa		Razem		Ogółem	%
		M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K		
Wyznanie	Rzymsko-katolickie.	90	123	52	35	26	25	8	33	1	18	7	2	3	2	2	2	2	2	—	1	191	243	434	68.2
	Prawosławne	2	3	3	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	5	5	10	1.5
	Ewangelickie	1	3	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4	6	0.9
	Metodystyczne	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0.15
	Mojżeszowe	69	44	36	16	3	1	1	4	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	112	66	178	28.(
	Nieznane	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	7	1.1
Wiek	Do lat 15	—	1	8	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	9	4	13	2.0
	15 — 25	14	8	21	7	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	1	—	-	—	—	—	39	16	55	8.7
	25 — 45	106	101	53	32	15	17	5	22	—	—	6	2	3	—	1	2	2	2	—	—	191	178	369	58.1
	45 — 60	31	45	7	12	13	7	2	10	—	6	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	55	82	137	21.5
	60 — 80	14	20	3	1	1	2	—	4	1	11	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	19	41	60	9.4
	Ponad 80	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	0.3
Wykształcenie	Analfabeci	4	6	31	17	—	4	1	2	—	4	2	—	1	2	—	—	—	—		1	39	36	75	11.9
	Elementarne	92	78	13	9	17	13	4	18	2	4	2	1	1	—	3	2	1	1	—	—	135	126	261	41.0
	Średnie	12	12	—	—	5	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	18	13	31	4.8
	Wyższe	3	1	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	2	8	1.2
	Nieznane	54	78	48	27	4	9	4	17	-	10	5	3	1	—	—	—	—	1	—	—	116	145	261	41.0
Zestawienie	Razem	165	175	92	54	29	26	9	38	2	18	9	4	3	2	3	2	2	2	—	1	314	322	—	—
	Ogółem	340		146		55		47		20		13		5		5		4		1		—		636	—
	%	53.5		22.9		8.7		7.3		3.0		2.0		0.7		0.7		0 6		0.15		—		—	—

Opieka pozazakładowa rozwija się niemal z każdym miesiącem, obejmując coraz więcej wiosek. Rok temu było na opiece około 400 chorych w 10 wioskach, obecnie — 703 w 22 wioskach, u 378 opiekunów. Pod opiekę wysyła się przeciętnie 30 chorych miesięcznie — wraca na oddział w tym czasie 4 lub 5.

Powyżej, dla łatwiejszej orientacji Czytelników, podałam tablicę statystyczną stanu opieki w maju b. r.

Szpital, mając przede wszystkim na względzie dobro chorych, stara się wyczuć ich potrzeby i stworzyć jak najlepsze warunki bytu dla tych najnieszczęśliwszych ludzi. Mimo różnych trudności, mimo ciężkich warunków materialnych, Szpital Psychiatryczny w Choroszczy, chociaż jest jednym z najmłodszych szpitali w Polsce, w krótkim czasie rozwinął się do tego stopnia, że dzisiaj jest jednym z większych naszych zakładów psychiatrycznych. Dzieje się to dzięki niezmordowanej pracy i wytrwałości Zarządu szpitala oraz dzięki wprowadzeniu opieki pozazakładowej.

Anna Kopystiańska
absolwentka U. S. P. i H. w Krakowie

OD REDAKCJI

Zawiadamiamy naszych Czytelników, że w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Opieki Społecznej, nr. 16, z dnia 5 sierpnia 1937 r., ukazał się następujący komunikat:

W sprawie czasopisma „Pielęgniarka Polska“

Nakładem Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych jest wydawany miesięcznik pod tytułem „Pielęgniarka Polska“, jedyne czasopismo polskie, przeznaczone specjalnie dla pielęgniarek.

Celem jego jest przede wszystkim ułatwianie pielęgniarkom kształcenia się i pogłębiania wiedzy zawodowej oraz informowanie ich o rozwoju różnych dziedzin pracy i życia pielęgnarskiego.

Pielęgniarki, przygotowujące się do egzaminu państwowego, przewidzianego w ustawie o pielęgniarstwie, znajdą w „Pielęgniarce Polskiej“ bogaty materiał pomocniczy. W roku bieżącym pomieszczane są m. in. szczegółowe opisy wykonywania zabiegów, wyszczególnionych w programie egzaminów pielęgniarskich, załączonym do rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 17 marca 1936 r. (Dz. U. R. P. Nr. 28, poz. 229).

Z tych względów „Pielęgniarka Polska“ zasługuje na rozpowszechnienie; zwłaszcza powinny się nią zainteresować instytucje, zatrudniające personel pielęgniarski.

Nie wątpimy, że komunikat powyższy przyczyni się nie mało do wzmożenia liczby prenumerat „Pielęgniarki Polskiej“, co pozwoli na powiększenie jej objętości i dalszy jej rozwój.

Rodzina G

(Dokończenie)

1. V. 1935 r. G. podała rachunek tygodniowy z wydatkowanych pieniędzy na życie. Trudno mi na razie mówić z nią o racjonalnym odżywianiu, gdyż jest to kobieta prosta, mało orientująca się w tych sprawach, mam jednak nadzieję, że i to da się z czasem przeprowadzić.

Wydatki rodziny w ciągu tygodnia na życie:

28. III. 1935 r. — Czwartek:

1 kg. chleba	25 gr.
½ kg. kości na zupę	15 „
½ kg. kaszy jęczmiennej	20 „
	60 gr.

29. III. 1935 r. — Piątek:

1 kg. chleba	25 gr.
2 śledzie	15 „
kwaterka oleju	10 „
	50 gr.

30. III. 1935 r. — Sobota:

1 kg. chleba	25 gr.
5 kajzerek czerstwych	15 „
2 kg. kartofli	10 „
	50 gr.

31. III. 1935 r. — Niedziela:

1 kg. chleba	25 gr.
5 kajzerek czerstwych	15 „
½ kg. boczku wędzonego	65 „
2 kg. kartofli	10 „
	1.15 zł.

1. IV. 1935 r. — Poniedziałek:

1 kg. chleba	25 gr.
½ kg. kości	15 „
5 jajek	25 „
	65 gr.

2. IV. 1935 r. — Wtorek:

1 kg. chleba	25 gr.
5 kajzerek czerstwych	15 „
½ kg. kaszy jęczmiennej	20 „
	60 gr.

3. IV. 1935 r. — Środa:

1 kg. chleba	25 gr.
2 śledzie	15 „
kwaterka oleju	10 „
2 kg. kartofli	10 „
1 kg. cukru	1.25 zł.
	1.85 zł.

Zakupy w ciągu tygodnia na utrzymanie czystości oraz koszta, związane z opałem:

2 kg. drzewa na rozpałkę	15 gr.
½ kg. mydła do prania	50 „
½ kg. bielidła	10 „
	75 gr.

Zakupy na życie w ciągu tygodnia:

1 kg. kaszki manny	30 gr.
1 kg. mąki	30 „
½ kg. soli	18 „
1 kg. słoniny	90 „
1 kg. cukru	1.25 zł.
	2.93 zł.

Razem wydano w ciągu tygodnia:

na życie	8.78 zł.
utrzymanie czystości i porządku	60 gr.
w związku z opałem	15 gr.
	9.53 zł.

Co wynosiłoby mniej więcej do 40 zł. miesięcznie.

Należy wziąć pod uwagę, że dzieci, z wyjątkiem najmłodszego, odżywiają się w szkole i przedszkolu, gdzie otrzymują obiad i śniadanie. Pierwszy ich głód jest więc zaspokajany w szkole.

Matka komornego nie opłaca. Częściowo otrzymuje węgiel z Funduszu Pracy (w okresie zimowych miesięcy) częściowo otrzymywała bony węglowe ze Stacji Opieki Społecznej. Światło wynosi 2—3 zł. na miesiąc (zapala lampkę naftową na kilka godzin).

Jednak jak widać z powyższych zestawień, dzieci nie są racjonalnie odżywiane. W planowaniu jadłospisu dla rodziny, w której są dzieci w różnym wieku, należy przeznaczyć mleka około ¾ litra na dziecko i mniej więcej ½ litra dla dorosłego. Wskazane by było dawać surowe pomidory, surową młodą marchewkę dzieciom, pożądanym jest choć jeden rodzaj owoców dla dzieci. Następnie inny rodzaj kaszy, np. hreczana gruba, owsiana, łamana i płatki, perłowa gruba i drobniejsza jaglana. Kasza manna jest najmniej wartościowa. Dla dzieci wskazana byłaby porcja świeżego twarogu 60—80 gr. dziennie, lub także porcja mięsa. Dla dorosłych — potrawy z mąki.

Ogólną sumę pieniędzy, wydatkowaną na produkty w ciągu miesiąca, należy podzielić na 4 części tak, by więcej niż ¼ była wydana na kaszę, chleb i mąkę, a znów mniej niż ¼ na tłuszcz, cukier i słodycze, mniej lub więcej niż ¼ należy wydać na warzywa i owoce, a resztę na mięso i jaja. W dostarczanych organizmowi pokarmach musimy przecież zwracać uwagę na zawartość białka, węglowodanów i tłuszczów, bowiem białko, sole mineralne i woda składają się na materiał budowlany naszych komórek, a węglowodany i tłuszcze na materiał energetyczny.

Białko mieści się głównie w mięsie, jajach, mleku, fasoli. Węglowodany mieszczą się w cukrze, miodzie, w mące, kaszy, chlebie, w mniejszej ilości w kartoflach, burakach, marchwi i innych warzywach korzeniowych. Tłuszcz zawiera smalec, masło, słonina, mięso, jaja, mleko. Następnie, dla

zapobiegania krzywicy, dawać należy pokarmy, obfitujące w wapno, fosfór, a mianowicie mleko, ser, warzywa liściaste, t. j. kapustę, szpinak, sałatę, groszek, fasolę; grube kasze. Ważną rolę odgrywają witaminy, które są niezbędnym regulatorem w naszym odżywianiu. Ważną rzeczą jest przestrzeganie, by pokarm zawierał potrzebną ilość kalorii, zależnie od wieku i od pracy osobnika. Dziecko na 1 kg wagi potrzebuje 100 kal., a człowiek dorosły 40 kalorii, pracujący zużywa dziennie 3000—3400—3500 kaloryj. Warzywa mają małą wartość kaloryczną, zaś grube kasze, chleb razowy, masło, jaja — dużą. Warzywa zawierają witaminy, tak konieczne do racjonalnego odżywiania naszego organizmu.

Ponieważ pani G. nie może sobie pozwolić na odżywianie, odpowiadające, w całym tego słowa znaczeniu, powyższym normom, poddajemy jej jadłospis w granicach możliwości z uwzględnieniem wszelkich potrzebnych odżywek. Bierzemy pod uwagę, że dostaje 1 litr mleka dziennie.

I.

1 kg. chleba	25 gr.
1 kg. marchwi lub buraczków na gęsto	30 „
1/2 kg. kaszy perł.	25 „
1/8 kg. masła	40 „
	1.20 zł.

II.

Twarogu ¼ kg.	30 gr.
mąki na pierogi	30 „
½ kg. kaszy jaglanej na zupę	25 „
słoniny 1/8 kg.	25 „
	1.10 zł.

III.

Buraków na barszcz 1 kg.	30 gr.
5 jaj	25 „
2 kg. kartofli	10 „
kapusta do barszczu	15 „
	80 gr.

Jadłospis poprzedni, zawierający śledzie, kartofle i kości na zupę — pozostawiamy również, ponieważ jest on tani i racjonalny ze względu na obfitość soli mineralnych, przy czym śledzie dostarczają jeszcze pełnowartościowego białka.

8. V. 1935 r. Niestety nie udało się zapisać pani G. na kurs szycia i gotowania, gdyż Henia była mocno przeziębiona, matka nie mogła jej samej zostawić, tym bardziej, że Janinka, po powrocie ze szkoły, idzie do świetlicy i tam spędza czas. Matka bardzo żałowała.

29. V. 1935 r. Zastałam bardzo czysto utrzymany pokoik, w którym G. sypia, natomiast kuchenka dość brudna, jak twierdzi G. kurzy się od zbieranego na opał koksu. Należało by zwiększyć zapomogę, aby G. nie musiała palić śmieciem, lecz na razie sprawę tę zostawiam w zawieszeniu.

Zapytałam, jak stoi sprawa z wyjazdem na kolonie letnie. Janinka ma jechać ze szkołą, zaś Stasia i Halinka nigdzie nie są zapisane. Wobec tego

lekarz zakwalifikował je, zaliczając do grupy skłonnych do chorób płucnych. Postaram się iść do szkoły i upewnić się, czy Janinka jedzie na kolonie. Sądzę, że matka będzie musiała zapłacić coś niecoś za półkolonie.

6. VI. 1935 r. Panią G. zastałam przy pieleniu grządek. Wszystkie warzywa nieźle wzeszły. Dzieci dość czysto utrzymane. Po raz pierwszy na mój widok nie uciekały, ale rozmawiać nie chciały. Matka jakby z większą ufnością odnosi się do mnie. Mówi, że bardzo lubi pracę w ogródku. Całe życie, do wyjścia za mąż spędziła na wsi. Nie przedstawia sobie, jakby mogła mieszkać gdzieindziej jak nie w tym domu. Wobec tego uważam, że skoro warunki mieszkaniowe polepszyły się o tyle, że poprawiono dach, a okna będą otwierane, rodzina może pozostać w tym mieszkaniu, zwłaszcza, jeśli weźmiemy pod uwagę brak domów mieszkalnych. Ogromnym plusem jest to, że G. nie opłaca czynszu za mieszkanie i że jest główną lokatorką domku. Latem mieszkanie zyskuje, zwłaszcza, że domek jest położony wśród pola.

26. VI. 1935 r. Mimo starań można było wysłać dzieci tylko na półkolonie. Halinkę męczy ruch, czuje się słabą, od czasu do czasu gorączkuje. Musiała przerwać uczęszczanie na półkolonie.

Pani G. pracuje dorywczo na dniówkę u ogrodnika, zarabia 1.50 zł. dziennie.

10. VII. 1935 r. Z powodu choroby Halinki, p. G. nie może pracować poza domem, zmuszona jest czuwać nad dziećmi. Innej pracy dostać nie może, dorywczo bierze bieliznę do prania w domu, zarabia do 15 zł. miesięcznie.

1. VIII. 1935 r. W ogródku bardzo ładnie rosną ziemniaki i warzywa. Stare grusze przy domu obrodziły — dzieci mają owoce. Część owoców p. G. zamierza sprzedać.

30. VIII. 1935 r. Z powodu urlopu pielęgniarki, p. G. w ciągu lata była rzadziej odwiedzana, jednak rodzina tego nie odczuła, gdyż wszystkie możliwe zagadnienia na okres letni omówiono wcześniej.

Zbliża się rok szkolny, p. G. stara się o książki, odzież i obuwie dla dzieci. Z Ośrodka Zdrowia otrzymała pozwolenie na kupno książek na sumę 4 zł. Rada szkolna dała część podręczników, zaś o resztę G. wystara się sama.

15. IX. 1935 r. Ponieważ zapomoga kończy się z dniem 1 października 1935 r., pani G. przyszła do Ośrodka z prośbą o przedłużenie zapomogi. Ma przyznanych 30 zł. miesięcznie do kwietnia 1936 r. Po wypłatę zgłosi się 7 października 1935 r.

30. IX. 1935 r. Na ulicy Szczęśliwickiej przeprowadzają rurę kanalizacyjną do ulicy Opaczewskiej. Między domkiem a ulicą rozkopano dużą przestrzeń. Domek jakby jeszcze bardziej zapadł się, leży bowiem poza nasypem. Okna w domku zabite, inaczej wyleciały by wraz z futryną. Wietrzy się drzwiami.

Zastałam G., pracującą w ogródku. Dzieci zdrowe. Janinka uczęszcza do VI oddziału szkoły powszechnej przy ul. Tarczyńskiej 27, Stasia do II oddziału szkoły powszechnej przy ul. Opaczewskiej, Halinka do przedszkola „Osiedla“ przy ul. Opaczewskiej w gmachu II Ośrodka Zdrowia i Opieki. Stasia mizerna. Halinka otrzymała półbuciki z przedszkola, Janinka ma je otrzymać z II Ośrodka Zdrowia i Opieki. Zauważyłam, że G. zmizerniała.

tłumaczy to nadmiarem pracy. Jednak dobry humor i zapał do pracy nie opuszcza jej.

2. X. 1935 r. G. przyniosła owoce i warzywa, by pokazać, jak się udał zbiór jesienny. Owoce kupiono w Ośrodku Zdrowia. Za ładne warzywa otrzymała pochwałę od kierowniczki Ośrodka. G. czysto i schludnie ubrana, dziękuje wszystkim za okazaną pomoc, jednak wyczuwa się u niej pewien lęk, aby nie powiedzieć za wiele.

20. X. 1935 r. G. zebrała do pięciu korcy ziemniaków i dwa korce warzyw. Część warzyw sprzedała. Jak mówi, dotychczas nie miewała tak dobrego zbioru.

10. XI. 1935 r. Ponieważ w izbie jest wilgotno i zimno, dzieci młodsze często przeziębiają się. G. otrzymała nowy ciepły koc, aby miała je czym



przykryć. Pouczono, żeby koc ten był trzymany w porządku, oraz, że należy go podszywać prześcieradłem. Obecnie G. pracy nie ma, pranie przyjmuje rzadko, gdyż do wodociągu ma daleko, w zimie bardzo ciężko z przynoszeniem wody. Utrzymuje się jedynie z zapomogi II Ośrodka Zdrowia i Opieki.

1. XII. 1935 r. G. ma kłopot, gdyż znowu dach przecieka, w ogóle drewniak jest w tak złym stanie, że trudno go już utrzymać w jakim takim porządku. Gospodyni obiecała, że pomoże w remoncie. Izdebki wewnątrz są czysto utrzymane, niestety okien wcale otwierać nie można. Są tak spaczone i mają tak przegniłe futryny, że wszystko grozi zawaleniem się.

20. XII. 1935 r. Ośrodek Zdrowia urządza Choinkę dla biednych dzieci. Otrzymają one paczki z łakociami, a nawet paczki z żywnością ofiarowane przez większe sklepy spożywcze.

2. I. 1936 r. Dzieci bardzo zadowolone z łakoci. G. dziękuje za zaproszenie na Choinkę. Podczas tej uroczystości stwierdziło się, że cała rodzina G. była bardzo czysto odziana i bardzo kulturalnie się zachowywała.

5. II. 1936 r. Kończy się opieka pielęgniarki nad rodziną. Dalszą pracę powierzono opiekunce miejskiej, przy II Ośrodku Zdrowia i Opieki.

W ciągu roku, rodzina znacznie podniosła się w zrozumieniu potrzeb kulturalno-higieniczno-zdrowotnych. Dalsza praca polegać będzie na stopniowym dążeniu do usamodzielnienia rodziny, zważywszy, że starsze dzieci podrastają.

Dowiadujemy się, że rodzinie powodzi się nie najgorzej. Janina ukończyła sześć oddziałów szkoły powszechnej, uczy się kroju i szycia. Jest zdolna i chętna do pracy. Niezadługo będzie mogła pracować samodzielnie. Dziś potrafi uszyć sukienki dla rodzeństwa i siebie. G. przeszła 3 mies. kurs szycia przy II Ośrodku Zdrowia i Opieki, umie szyć dla siebie i dzieci. Domek ostatnio tak się pochylił ku ziemi, iż Urząd Budowlany zakwalifikował go do rozbiórki. Staraniem właścicielki placu, udało się wstrzymać rozbiórkę do jesieni. Trudno sobie wyobrazić rozpacz rodziny G., która będzie zmuszona szukać sobie innego mieszkania. Wysuwa się problem odstępnego za mieszkanie i opłaty komornego. Oczywiście Ośrodek Zdrowia i Opieki będzie musiał dopomóc rodzinie. G. martwi się, że wraz z mieszkaniem, utraci prawo do korzystania z ogródka. Pociesza się myślą, że będzie mogła jeszcze zebrać tegoroczny zbiór.

Zdjęcie przedstawia G. przy pracy, wśród wspaniałej fasoli. W głębi ogródka widać malutki chlewek, w którym tuczy parę prosiąt.

Ponieważ w tym roku starsze dzieci wyjechały na kolonie, Halinka uczęszcza na półkolonie, a tylko Henia jest w domu, postanowiono zmniejszać stopniowo zapomogę, aby G. samodzielnie mogła się utrzymać. Propozycję tę G. przyjęła bez protestu. Jest bardzo ambitna i dąży do całkowitego usamodzielnienia się. Pomoc Opieki zawsze uważała za czasową. Ponieważ jest młoda, potrafi w przyszłości, ze starszymi córkami zapracować na utrzymanie rodziny.

Irena Wiszniowska
Abs. Warsz. Szkoły Piel.

Pielęgniarstwo za granicą

GOŚĆ Z POŁUDNIOWEJ PÓŁKULI

W drugiej połowie sierpnia b. r. bawił w Polsce egzotyczny gość w osobie Miss Mary Lambie z Nowej Zelandii. Miss Lambie jest referentką pielęgniarstwa w ministerstwie Zdrowia na Nowej Zelandii. Kompetencji jej podlegają pielęgniarki nie tylko w tym kraju, ale jeszcze na innych pobliskich wyspach, między innymi na archipelagu Fidżi i Samoa — w naszym pojęciu niezbyt bliskich, gdyż pierwszy z nich odległy jest od Nowej Zelandii o 4 dni drogi morskiej, a drugi o 5 dni. Na tych to wyspach ma Miss Lambie z pomocą Fundacji Rockefellerowskiej organizować szkolnictwo pielęgniarskie dla białych i tubylców. Fundacja skierowała ją do Polski, ażeby zapoznała się z naszym systemem szkolenia, nowe te szkoły mają mianowicie mieć to wspólnego z naszymi, że w program ich ma wchodzić nie tylko pielęgniarstwo szpitalne, ale i społeczne. Oprócz Polski miała jeszcze Miss Lambie zwiedzić Finlandię.

Miss Lambie wyrażała wielkie uznanie dla naszych dotychczasowych zdobyczy, jest ona zaś znawcą kompetentnym, gdyż nie tylko zna na wylot pielęgniarstwo

angielskie i amerykańskie, ale jeszcze jest głową pielęgniarstwa w kraju, w którym stoi ono oddawna bardzo wysoko: Nowa Zelandia, która ma około 30 razy mniej ludności od Polski, posiada 24 szkoły pielęgniarskie oraz szereg kursów dokształcających i uniwersyteckich z tego zakresu.

W ciągu swego pobytu odwiedziła Miss Lambie również Kraków — jako gość Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek — niestety tylko na jeden dzień. Wawel, kościół Mariacki i Franciszkański, Biblioteka Jagiellońska, Rynek zrobiły na niej tym większe wrażenie, że jak na ogół wszyscy angielscy mieszkańcy Nowej Zelandii, jest to osoba dużego wykształcenia, tak, że w przeciwieństwie do innych obcokrajowców, posiada ona głęboką znajomość polskiej historii i kultury.

Ze swej strony nasz sympatyczny gość opowiedział nam wiele bardzo ciekawych rzeczy o swojej egzotycznej ojczyźnie. Nowa Zelandia jest, jak wiadomo, podwójną wyspą, leżącą w odległości trzech dni drogi morskiej od południowo-zachodniego wybrzeża Australii. Politycznie stanowi osobne dominium angielskie, z własnym rządem, — geograficznie należy raczej do wysp Polinezji aniżeli do Australii. Co więcej, między Nową Zelandią a Australią istnieje tak częsta między bliskimi sąsiadami niechęć, tak, że ten, kto w rozmowie z Nowozelandczykiem zdradzi się, że myli oba kraje lub uważa je mniej więcej za jedno, zrobi mu podobną przykrość, jak nam Francuz lub Anglik, który jednym tchem wymienia Polskę z Rosją.

Na Nowej Zelandii znajdują się ślady prastarej kultury nieznanych ludów przedhistorycznych, w postaci szczątków budowli z olbrzymich głazów, pochodzących z odległych wysp Polinezji. Są to prawdopodobnie pamiątki z czasów, gdy Polinezja była jeszcze lądem stałym. Nowa Zelandia, równa wielkością mniej więcej Anglii wraz ze Szkocją i Irlandią, ma podobny do Anglii, oceaniczny, łagodny klimat, o tyle jednakże cieplejszy, że leży około 30 stopni szerokości geograficznej bliżej równika aniżeli Anglia. Przecina ją mianowicie w połowie 40-ty równoleżnik. Teren jest wulkaniczny, nawiedzany trzęsieniami ziemi i wybuchami wulkanów. W czasie jednego z ostatnich trzęsień ziemi, na wybrzeżu morskim padł ofiarą cały szpital wraz z chorymi i 35-ciu pielęgniarkami. Z tych ostatnich ani jednej nie udało się uratować. Miss Lambie opowiadała nam, jak wstrząsający widok zobaczyła, gdy na wieść o katastrofie przybyła samochodem na miejsce o 1-szej w nocy. Na ciemnym niebie ogromny, spokojny księżyc, pod nim granatowe morze, miasto całe w płomieniach, a na wybrzeżu zrozpaczona ludność przy uratowanych resztkach dobytku.

Główne miasta Nowej Zelandii to Wellington, Aukland, Christchurch. Na ogół miasta tam mają charakter willowy, z małymi domkami na jedną rodzinę w ogrodach — jedynie w centrum miasta są większe kamienice a nawet drapacze nieba. Klimat bardzo łagodny; śnieg pada zaledwie raz na kilka lat, a w zimnej porze roku przymrozki są tylko w nocy. Warto przypomnieć, że pory roku na południowej półkuli przypadają akurat odwrotnie niż u nas, tak, że gdy Miss Lambie po 28-dniowej podróży morzem z Southampton przez kanał panamski i Honolulu przyjedzie w październiku do swej ojczyzny, zastanie tam wiosnę, — Boże Narodzenie przypada w środku lata. W łagodnym klimacie Nowej Zelandii kwiaty kwitną przez cały rok, a nawet w okolicach górskich, krzaki rośliny *hibiscus*, popularnie u nas zwanej „chińską różą" o płomiennej barwie, dochodzą aż do samej granicy lodowców. Ten łagodny klimat jednakże ma swoje straszliwe burze, z ulewami, które sprawiają, że w dzień robi się absolutnie ciemno, jak w nocy, tak, że nie widać nic o krok. W takiej burzy prawdopodobnie zginęła niedawno lotniczka Amelia Earhardt w pobliżu Nowej Zelandii.

Ludność tubylcza Nowej Zelandii to Maorysi, rasy malajskiej, ludzie piękni, wysokiego wzrostu, o cerze oliwkowej, wielkich ciemnych oczach i falistych włosach. Są bardzo inteligentni i zdolni, choć mało wytrwali. Od czasu najazdu białych wymarło

ich około 60 proc. w dużej mierze na gruźlicę, obecnie jednak rząd i społeczeństwo nowozelandzkie pracują nad podniesieniem stanu zdrowotnego i ugruntowaniem samopoczucia narodowego u Maorysów. Jak może nigdzie indziej, są oni traktowani na równi z białymi, mają równe prawa polityczne, kształcą się w tych samych szkołach, także i na uniwersytecie. Szkoły pielęgniarskie przyjmują narówni Maoryski z białymi. Maorysi mają własną rodzimą kulturę artystyczną w postaci zdobnictwa (snycerstwo, tkaniny i t. d.), którą rząd popiera i rozwija. Słowem, tubylcy ci właściwie już prawie dorównali ludności napływowej angielskiej, co jest tym dziwniejsze, że jeszcze niespełna 100 lat temu byli oni ludożercami. Miss Lambie opowiadała nam, że z lat dziecinnych doskonale pamięta starego ogrodnika swego ojca, do którego wymykała się ukradkiem, aby słuchać z zapartym oddechem jego wspomnień młodości, jak to oko ludzkie ma zupełnie smak ostryki, a ręka — kurczęcia...

Nową Zelandię po raz pierwszy zobaczył Vasco de Gama w roku 1511. Potem odwiedzali ją jeszcze inni podróżnicy, kupcy, misjonarze, jednak dopiero w roku 1840 na prośbę misjonarzy, oburzonych wyzyskiem ludności miejscowej przez kupców, przybył tam gubernator australijski i zatknął flagę angielską, obejmując tym samym wyspy w posiadanie Wielkiej Brytanii. Od tej pory datuje się kolonizacja Nowej Zelandii, dokonywana głównie przez ludzi z inteligencji miejskiej angielskiej, w przeciwieństwie do innych kolonii, zaludnianych najczęściej przez awanturników, poszukiwaczy przygód i złota. To też do dziś Nowozelandczycy wyróżniają się wśród innych mieszkańców dominiów swoistym charakterem, dużą kulturą, wykształceniem. Kraj jest zamożny, nie ma zupełnie nędzy, choć brak również wielkich bogactw. Bezrobocie istniało przez krótki czas i już go nie ma. U steru rządów stoi obecnie partia socjalistyczna, która dąży do zorganizowania wszytkich zawodów w związki zawodowe. Stowarzyszenie pielęgniarek nowozelandzkich broni się przed tymi wszelkimi siłami, uważając, że takie związki, tworzone w celach czysto ekonomicznych, absolutnie nie nadają się dla naszego zawodu, ze względu na konieczność wysokiego poziomu ideowego w pielęgniarstwie. Ponadto pielęgniarki lękają się charakteru politycznego związków.

Pielęgniarstwo i praca społeczna na Nowej Zelandii stoi wysoko. Słynną jest opieka nad matką i dzieckiem, która dzięki pionierskiej pracy dra Truby King'a, rozwinęła się wcześnie i doprowadziła do tego, że od lat już Nowa Zelandia ma najniższy procent śmiertelności na świecie. Z nieznanych u nas gałęzi pracy pielęgniarskiej i społecznej warto podnieść pracę wśród tubylców, zarówno na samej Nowej Zelandii, jak na wyspach okolicznych, którą prowadzą przede wszystkim misjonarze katoliccy z wielkim powodzeniem.

Ponad to istnieje tam problem trądu. Miss Lambie opowiadała nam o inspekcji, jaką przeprowadziła niedawno w leprozorium na małej wysepce, gdzie zakonnice francuskie opiekują się trędowatymi. Wytwarzają one same dwa gatunki oliwy leczniczej z roślin, rosnących na wyspie i podają ją *per os* oraz podskórnie. Wyleczeń jest około 30 procent. Trędowaci, podzieleni na grupy wedle narodowości, mieszkają w małych osiedlach, rozrzuconych na wysepce, pośrodku stoi dom centralny. Sama wyspa tworzy niewysoką górę, otoczoną płaskim wybrzeżem, porosłym pięknymi drzewami i palmami. Zatokę od strony morza otacza rafa koralowa, między nią a wybrzeżem poprzez turkusową, przeźroczystą wodę, widać na dnie morskim korale i różnobarwne ryby.

Z żalem żegnałyśmy Miss Lambie, z którą spędziłyśmy kilka przemiłych chwil, przeważnie nad otwartym atlasem, słuchając chciwie jej opowiadań. Trudno nie podziwiać szybkiego rozwoju i tak wysokiej kultury w kraju, w którym nie dawniej, jak sto lat temu, zajadano jeszcze z apetytem na obiad pieczeń z człowieka...

Teresa Kulczyńska

Zabiegi pielęgniarskie

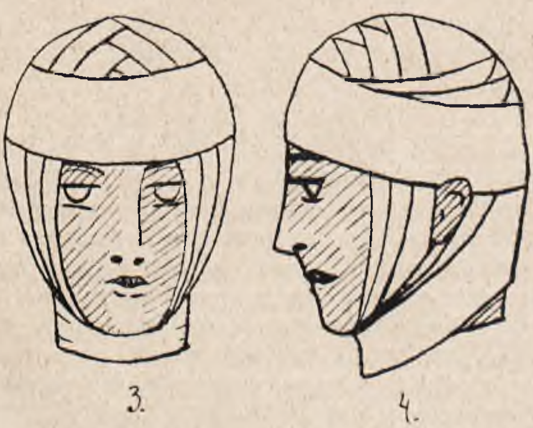
(Ciąg dalszy)



I.



J.



J.



K.



L.

XXXIX. **Bandażowanie** (ciąg dalszy).

I. B a n d a ż o w a n i e g ł o w y. 0 (zero) pod 13. Dla chorych chodzących.

J. „*Capistrum*“ — bandażowanie głowy chorym, leżącym w łóżku. 1) pierwsze opasania; 2) „*capistrum*“ widziane z tyłu głowy, ostatnie opasanie zaznaczone linią kreskowaną; 3) „*capistrum*“ z przodu; 4) z boku. Przy zakładaniu „*capistrum*“ należy położyć kawałki waty za małżowiny uszne, a przy zakładaniu tur, idących pod szczękę, należy podkładać palec pod opaskę tak, aby nie było za ciasno. Opatrunek zaczyna się opasaniami okrężnymi, idącymi nisko nad łukami brwi i z tyłu pod

potylicą. Przy wykonywaniu tur uwidocznionych na rysunku Nr 1, dla ułatwienia należy pamiętać, że okrążenie idące przez policzek po jednej stronie, przechodzi następnie poza ucho po drugiej stronie tak, że opaska idzie raz przed, a drugi raz poza uchem. Tymi opasaniami zasłania się policzki i część górną czaszki. Następne opasanie przez wierzch głowy poza uszami i pod szczękę; następnie dla pokrycia tyłu głowy — opasania, jak przy opatrunku na karbunkuł.

K. O k o. 0 pod 4. 3 przechodzi pod uchem.

Podobnie bandażujemy u c h o, 1, 2, 3 — na uchu, oko wolne. Pod małżowinę i na małżowinę — wata.

L. B a n d a ż o w a n i e n o s a.

XL. Czyszczenie, przechowywanie i sterylizacja narzędzi

N a r z ę d z i a m e t a l o w e

W y j a ł a w i a n i e

Przygotowując do gotowania większą ilość narzędzi do operacji, należy posegregować je na tacy sterylizatora, narzędzie takie, jak kochery spinając razem dużymi agrafkami. Narzędzia gotować w zamkniętym sterylizatorze przez 10 minut; do wody, o ile nie używamy, jak w niektórych szpitalach, wody destylowanej, dodać sody (1 proc.). Na 5 ostatnich minut od zagotowania włożyć noże na osobnej podstawce, w jej braku zawinąć ostrza w watę i wkładać noże trzonkiem naprzód. Również na ostatnich 5 minut włożyć igły (do szwów) najlepiej w specjalnych pudełeczkach, w ich braku zastępujemy te ostatnie pudełeczkami blaszanymi od igieł do zastrzyków, z gęsto świderkiem wywierconymi dziurkami.

Narzędzia po wygotowaniu w odpowiedni sposób układa i rozdziela instrumentariuszka.

Narzędzi, używanych do opatrunków, nie spinamy, ponieważ pielęgniarka na sali opatrunkowej nie ma czystych chirurgicznie rąk, a więc nie może narzędzi rozpiąć.

C z y s z c z e n i e i p r z e c h o w y w a n i e

Po operacji, opatrunku lub jakimkolwiek zabiegu, obmyć narzędzia w czystej zimnej wodzie dla usunięcia krwi i ropy. Następnie umyć narzędzia miękką szczoteczką na specjalnie do tego przeznaczonej deseczce w mydlinach, po czym po operacjach czystych wystarczy je zagotować, po ropnych należy wygotować je w ciągu 10 minut, następnie wytrzeć je do sucha miękką ściereczką; wszelkie zawiasy i spojenia cienko pokryć wazeliną, ostrza noży zawinąć w gazę lub watę. Narzędzia należy przechowywać w suchym, czystym miejscu, zwykle w oszklonej szafce, gdzie układamy je według rodzai. W razie potrzeby czyścimy narzędzia sidolem, dobrolinem lub kredą sproszkowaną zarobioną na papkę ze spirytusem denaturowanym — jednak nie należy czyścić ich często, gdyż nikiel na narzędziach się ściera.

S t r z y k a w k i

W y j a ł a w i a n i e

Do wygotowywania strzykawek powinno się używać wody uprzednio przegotowanej w celu wytrącenia soli, które w przeciwnym razie osadzają się na strzykawce i psują jej szczelność. Strzykawki kładziemy do gotowania rozłożone, z cylindrem, owiniętym w gazę, do zimnej wody bez dodatku sody. Strzykawki gotować 10 minut od chwili zagotowania. Igły (sprawdziwszy ich drożność) wraz z mandrynami gotować 5 minut.

Strzykawki 5-cio, 10-cio i 20-centymetrowe, które mogą być potrzebne do operacji, ułożyć w osobnym sterylizatorze, uważając, aby tłok danej strzykawki leżał obok jej cylindra, wygotować; ze sterylizatora wyjmować dopiero w razie potrzeby.

Przechowywanie

Po użyciu przepłukać strzykawki zimną wodą i wygotować, jak wyżej. Igły przestrzyknąć zimną wodą i wysuszyć za pomocą gruszki gumowej, albo za pomocą przestrzyknięcia eterem (można używać resztek eteru od narkozy), założyć wysuszone mandryny. Igły przechowujemy wpięte w gazę w metalowym pudeleczku. Strzykawki — w odpowiednich metalowych pudełkach, lub na półce w szafce z narzędziami, zawsze rozłożone *).

Dreny i rękawiczki gumowe

Dreny (i katetery gumowe) gotuje się w osobnym sterylizatorze, bez dodatku sody, w ciągu trzech minut.

Po użyciu przepłukać dreny zimną wodą, wygotować, położyć w suchym miejscu na ręczniku lub serwetce, aby wyschły, dłuższe dreny rozwiesić. Następnie lekko je przysypać talkiem. Przed następnym gotowaniem spłukać talk.

Rękawiczki gumowe można wyjałowić przez gotowanie lub za pomocą suchej sterylizacji. Do gotowania należy rękawiczki ułożyć parami w sterylizatorze i gotować przez 10 minut od chwili zagotowania. Wyjmujemy rękawiczki za pomocą korcangu albo rąk jałowo umytych.

Do suchej sterylizacji pudruje się rękawiczki w środku i układa parami, przekładając gazą i zawijając każdą parę w osobny kawałek gazy. Następnie sterylizuje się je w autoklawie w osobnym sterylizatorze, albo zawinięte w podwójny kompres (serwetkę).

Po użyciu spłukuje się rękawiczki zimną wodą, myje mydłem, a następnie wyciera do sucha z obydwóch stron, pozostawia na czas jakiś na powietrzu aby wyschły, po czym pudruje się wewnątrz i zewnątrz i przechowuje w suchym miejscu.

Narzędzia urologiczne**)

Prócz urologicznych narzędzi z optyką, które odkaża się w parach formaliny, w sterylizatorach powietrznych lub przez specjalne gotowanie, inne metalowe narzędzia urologiczne odkaża się tak jak narzędzia chirurgiczne, to jest przez dziesięciominutowe gotowanie w wodzie, ze względu na możność tworzenia się osadu, najlepiej destylowanej.

Cystoskopy czyli wzierniki pęcherzowe odkaża się zależnie od ich konstrukcji. Cystoskop połączony z optyką, nie przeznaczoną do gotowania, należy, po dokładnym wymyciu spirytusem mydlanym lub wodą i osuszeniu płótnem, odkazić przez wstawienie do szczelnego słoja, na dnie którego znajdują się pastylki formalinowe, z których wydzielający się gaz formaliny odkaża po 24 godzinach wziernik. Wzierniki, w których tak zwany płaszcz cystoskopu można oddzielić od optyki, wyjaławia się przez osobne wygotowanie płaszcza oraz przez odkażenie optyki w parach formaliny. Wreszcie cystokopy, ostatnio wyrabiane przez pewne wytwórnie narzędzi urologicznych, można gotować wraz z optyką. Cystoskopy należy ponadto chronić przed zniszczeniem. Natychmiast po użyciu należy cystoskop obmyć wodą i wytrzeć do sucha płóciennym ręcznikiem. Odzielny od optyki płaszcz cystoskopu należy w miejscach gwintów rozkręcić, po czym po umyciu kanału na optykę oraz na cewniki moczowodowe, jako też po umyciu wodą poszczególnych rozkręconych części płaszcza, przepłukać je 96% alkoholem, ponieważ nie powoduje on podczas schnięcia rdzewienia metalu. Następnie należy poszczególne części płaszcza rozłożyć na kawałkach gazy w celu wyschnięcia,

---

*) Strzykawki do zastrzyków podskórnych, w alkoholu — ob. zabieg XXII.

**) Ustęp ten wyjęty jest z artykułu dr Bogusława Bulandy p. t. „Pielęgnowanie chorych w przypadkach urologicznych", „Pielęgniarka Polska" Nr 7—8, 1936.

optykę zaś włożyć do słoja z formaliną. Po wyschnięciu można płaszcz cystoskopu wyjaławiać w parach formaliny lub przez gotowanie. W razie nagłej potrzeby można odkazić cystoskop przez wstawienie na 10 minut do słoja z 96% alkoholem.

Cewniki gumowe wyjaławia się przez wrzucenie do gotującej wody na 3 — 5 minut, po czym natychmiast należy je wyjąć, gdyż inaczej tracą elastyczność: cewniki jedwabne, rzadko zresztą dzisiaj używane, wyjaławia się w parach formaliny lub przez gotowanie, o ile są specjalnie w tym celu skonstruowane.

Cewniki do cewnikowania moczowodów odkaża się w parach formaliny w podłużnym naczyniu szklanym, po czym, dla dokładniejszego odkażenia, można je wrzucić na 1 minutę do gotującej wody; dłuższego gotowania cewniki te nie wytrzymują, tracąc elastyczność. Po użyciu cewnika pęcherzowego, należy natychmiast przestrzyknąć wnętrze jego czystą wodą w celu uniknięcia tworzenia się osadu w kanale, w kanał zaś cewnika moczowodowego należy wsunąć, po przeczyszczeniu jego wnętrza wodą i 96% alkoholem zapomocą strzykawki, drucik zwany mandrynem.

Włosowate zgłębniki przemywa się, po ożyciu, wodą, wyciera do sucha, po czym odkaża się je w parach formaliny.

Przechowywanie narzędzi jałowych

Przechowywanie narzędzi jałowych dla nagłych wypadków na sali opatrunkowej i t. d. wymaga wielkiej dokładności i ostrożności, wykluczającej ich zainfekowanie.

Postępowanie w tym wypadku będzie następujące:

Narzędzia metalowe oraz tackę sterylizatora, na której następnie pozostawimy narzędzia, należy lekko naoliwić przed gotowaniem, dla uchronienia od rdzewienia. Gotować narzędzia, jak zwykle.

Wraz z narzędziami kładziemy do gotowania „łapki“ do sterylizatora w ten sposób, aby ich uchwyty znajdowały się ponad powierzchnią wody; o ile są całkowicie zanurzone w wodzie, musimy je wyjąć za pomocą jałowego korcanga (lub dużej pincety). Można je ostudzić przez polanie eterem.

Specjalny stolik metalowy przykrywamy za pomocą jałowych pincet podwójną warstwą kompresów (serwetek) jałowych. Za pomocą „łapek“ wyjmujemy tacę ze sterylizatora, czekamy chwilę, aż narzędzia ociekną, i stawiamy ją na stoliku. Odrzucamy „łapki“, przykrywamy tacę szczelnie innymi dwoma jałowymi kompresami. Taca ma otwory, którymi ścieka woda na kompresy. Taca powinna być zaopatrzona nóżkami, dzięki którym nie dotyka wilgotnych kompresów, przez co narzędzia są mniej narażone na zniszczenie.

Dreny należy ułożyć na osobnej tacy, gdyż po wygotowaniu zawierają one zawsze więcej wody, która mogłaby powodować rdzewienie narzędzi.

Do podawania narzędzi używamy korcangu, który, po wygotowaniu, wkładamy do słoja z płynem antyseptycznym; uchwyt korcangu (lub dużej pincety) znajduje się ponad brzegiem słoja.

Narzędzia, użyte podczas opatrunków, można po spłukaniu i wygotowaniu przez 10 minut dokładać na tacę za pomocą jałowego korcangu.

Kompresy na stoliku należy zmieniać raz na dobę. Taca oraz narzędzia powinny być wyczyszczone i wygotowane przed i po każdej serii zabiegów, np. przed opatrunkami i po opatrunkach rannych i wieczornych, wtedy też zmieniamy kompresy przykrywające.

Słoik do korcanga powinien być wygotowany oraz płyn dezynfekcyjny zmieniony raz na dobę, korcang wygotowany, jak inne narzędzia.

O ile do układania narzędzi mamy tacę bez otworów, z przykryciem metalowym, po jej wygotowaniu kładziemy jałową warstwę waty pokrytej gazą („materacyk“ taki

przygotowany jest zawsze wraz z innym materiałem opatrunkowym do sterylizacji w autoklawie), na nim układamy wygotowane narzędzia za pomocą korcangu. Tacę przykrywamy wygotowaną pokrywą metalową. Do opatrunków zdejmujemy pokrywę i nie infekujemy jej wewnętrznej strony.

XLI. Pomoc przy opatrunku (zasady ogólne)

Przed wykonaniem i po wykonaniu każdego opatrunku, należy umyć ręce mydłem pod bieżącą wodą. W braku bieżącej wody, po umyciu polać ręce alkoholem.

Zarówno usuwanie brudnych, jak zakładanie czystych opatrunków, powinno być dokonywane, aż do rozpoczęcia bandażowania, narzędziami, a nie palcami.

Jeżeli opatrunek wykonują dwie osoby, jedna z nich pomaga, tj. zdejmuje opaski, usuwa brudny opatrunek, a po umyciu rąk, podaje narzędzia, gazę i t. d., druga wykonuje właściwy opatrunek.

Mając do wykonania więcej opatrunków, wykonujemy najprzód opatrunki czyste, a na końcu ropne.

Na salę opatrunkową nie należy przywozić naraz więcej, niż jednego chorego, ewentualnie odgradzać chorych parawanem. Nigdy nie robić opatrunków bardzo bolesnych, lub dokonywanych na ciężko chorych, w obecności innych chorych. Jeżeli opatrunki odbywają się na sali chorych, zawsze używać parawanu.

Przy opatrunkach, obejmujących dużą powierzchnię ciała, wyzyskać okazję zdjęcia opatrunku dla umycia skóry, uważając, aby nie zainfekować rany.

Podczas pobytu chorego na sali opatrunkowej, gruntownie przesłać mu łóżko.

Mieć wszystko przygotowane tak, aby praca mogła iść składnie i szybko.

Wszelkie narzędzia oraz jałowy materiał opatrunkowy podawać korcangiem, nigdy ręką.

Używać materiału i przyborów tylko zupełnie pewnych co do jałowości, nie wyjmować narzędzi ze sterylizatora zbyt wcześnie, bez względu na pośpiech i zdenerwowanie.

Nigdy nie prowadzić podczas opatrunków niepotrzebnych rozmów.

Używać oszczędnie materiału opatrunkowego, chronić przed zniszczeniem pościel i bieliznę chorego.

O ile opatrunki dokonywane są w domu prywatnym, przygotować wszystko na tacy, zabezpieczyć przed zniszczeniem meble, np. stół, brudny materiał usuwać do papierowej torby, którą po skończeniu opatrunku własnoręcznie spalić, brudne narzędzia odrzucać na osobną tacę lub do odpowiedniego naczynia.

Do opatrunków na sali chorych najwygodniejszy jest w ó z e k o p a t r u n k o w y o dwu kondygnacjach. Górną kondygnację przeznaczamy na przedmioty czyste, a więc stawiamy na niej po jednej stronie tacę z jałowymi narzędziami, puszki z jałowym materiałem opatrunkowym, po drugiej — słoiki z maściami, oraz flaszki z jodyną, wodą utlenioną, alkoholem, benzyną, eterem i t. d. Na dolnej kondygnacji stawiamy tacę lub dużą miskę na brudne narzędzia. Po jednej stronie wózka wisi worek z czystą nie jałową watą i opaskami, po drugiej umieszczone jest wiadro na brudne opatrunki.

XLII. Chirurgiczne mycie rąk

P r z y b o r y

Szczotki w ilości, zależnej od liczby osób, po dwie na jedną osobę,
dwa sterylizatory do gotowania szczotek,
mydło płynne lub w kawałku,
nożyczki do paznokci,
ewentualnie woda przegotowana.

P o s t ę p o w a n i e

Wyczyścić i obciąć paznokcie. Podwinąć rękawy poza łokieć. Wyjąć szczotkę z pierwszego sterylizatora (gdy więcej szczotek, uważać, aby nie zainfekować reszty szczotek, ewentualnie druga osoba, pomagająca podaje szczotkę korcangiem). O ile używamy mydła płynnego, powinno ono być zawarte w szklanym cylindrze, połączonym z pedałem nożnym, za pociśnięciem którego mydło cieknie, w braku tej instalacji, pomocnica polewa ręce osobie myjącej się. O ile używamy mydła w kawałku, raz ująwszy je w dłoń, nie wolno go puścić; należy trzymać je na grzbiecie szczotki między szczotką a dłonią. Pierwszą szczotką myć ręce aż po łokieć w ciągu 5 minut. Odrzucić szczotkę i wziąć drugą z drugiego sterylizatora (otwiera go pomocnica) i tą szczotką myć ręce do połowy przedramienia, w ciągu 10 minut. Przy myciu zwracamy główną uwagę na dłoń, palce i paznokcie. Przez cały czas mycia uważać, aby nie dotknąć nimi czego wokoło, trzymać je stale dłońmi do góry, aby woda od łokci, mniej czystych, nie spływała na dłonie, które muszą być najczyściejsze. W tej samej pozycji spłukiwać ręce pod strumieniem wody bieżącej. O ile woda nie jest pewna, pomocnica polewa ręce osobie, myjącej się, wodą przegotowaną.

Po spłukaniu mydła, polewa się ręce 70—80% alkoholem. W niektórych szpitalach przed polaniem alkoholem, zanurza się ręce w rozczynie sublimatu 1 : 1000.

O ile kładziemy jałowe rękawiczki, wyjmujemy je z otwartej puszki i wkładamy, wytarłszy jałowym kompresem (serwetką) lub bez wycierania.

(Ciąg dalszy nastąpi)



Varia

BIAŁACZKA LECZONA PROMIENIAMI RENTGENA

Na Klinice Chirurgicznej w Poznaniu przeprowadzane są próby leczenia białaczki za pomocą naświetlania promieniami Rentgena, o czym pisze dr. Granatowicz, w ciekawym artykule p. t. „Leczenie rentgenowskie białaczki na Klinice Chirurgicznej U. P.", zamieszczonym w „Nowinach Lekarskich" nr 17 b. r.

Przyczyna powstawania białaczki nie jest dokładnie znana. Wiadomości, posiadane z tej dziedziny, opierają się jeszcze na hipotezach. F e r r a t a twierdzi, że wszystkie postaci ciałek białych i czerwonych wyprowadzają się od hemocytoblastu, elementu komórkowego jednojądrzastego, niezróżnicowanego, znajdującego się w tkance szpikowej i limfatycznej. Hemocytoblast pochodny jest od komórki embrionalnej hemohistioblast. Przetrwanie lub reaktywacja tej komórki jest powodem powstawania białaczki. Okoliczności i warunki, w których hemohistioblasty stają się czynne i przeszkadzają normalnemu rozwojowi komórek w organizmie dojrzałym, są nieznane. F e r r a t a jak i B i g n a m i dzielą białaczkę na szpikową lub limfatyczną i na ostrą, podostrą i chro-

niczną (przewlekłą). Według tego podziału, podają możliwości leczenia, wskazania względnie przeciwwskazania, oraz sposób naświetlania: śledziony lub też innych części organizmu, zależnie od rodzaju białaczki.

Już w 1902 r. robiono próby leczenia białaczki rentgenem w Niemczech i Ameryce. Poza specjalnym leczeniem promieniami X, ostatnio robiono próby naświetlania nerek, a to dla usprawnienia wydzielania nerek, które w czasie schorzenia białaczkowego jest upośledzone. Poprawienie wydzielania wpływa na usunięcie z organizmu nadmiaru kwasu moczowego, którego obecność sprzyja rozwojowi białaczki i według wielu autorów jest złą prognozą.

Drugą próbą pomocniczego leczenia jest naświetlanie ogólne, stosowane jednak tylko w najcięższych przypadkach, gdy już poszczególne organy nie nadają się do indywidualnego naświetlania. Wyniki naświetlania ogólnego były bardzo słabe, to też sposób ten stosowany jest tylko w wyjątkowych wypadkach.

Na Klinice Chirurgicznej w Poznaniu, dr. Granatowicz przeprowadzał leczenie przez naświetlanie narządów najbardziej zmienionych przez białaczkę, oraz, jako naświetlanie uboczne, stosował naświetlanie narządów, zawierających tkankę szpikową i limfatyczną. Równocześnie podawano arsen. Przetaczanie krwi stosowane było jedynie w wypadkach skazy krwotocznej. W wypadkach, gdy narządy naświetlane wykazywały oporność reakcji, autor naświetlał dodatkowo wątrobę, śródpiersie, nasady kości długich. Dawkowanie promieni zawsze było stosunkowo małe, ostrożne. Silniejsze naświetlanie nie dawało poprawy, przeciwnie, raczej wykazywało ujemne wyniki. Kontrolę składu krwi przeprowadzano w ciągu leczenia codziennie. Według dotychczasowych obserwacji, autor stwierdza, że leczenie promieniami X daje możność przedłużenia życia chorym na białaczkę, oraz przynosi ulgę w cierpieniu. Ustalić jednak nie może długości okresu przedłużenia życia, ani przedłużyć go w każdym wypadku schorzenia białaczkowego, gdyż zależy to w dużej mierze od stanu chorego, oraz od ciężkości wypadku.

M. St.

SANATORIUM W ISTEBNEJ

W „Gazecie Lekarskiej Śląska Polskiego", zeszyt 3, 1937 r., czytamy artykuł o Wojewódzkim Zakładzie leczniczo-wychowawczym w Istebnej, skreślony przez dyrektora tegoż zakładu dra Zygmunta Dadleza. Zakład powstał z inicjatywy p. wojewody śląskiego dra Grażyńskiego ku uczczeniu dziesięciolecia przyłączenia Śląska do Polski, a budowę rozpoczęto w 1929 r., ciągnąc ją do 1936 r. Pierwotnym przeznaczeniem Zakładu było prewentorium, później szkoła leśna, ale w końcu zużytkowano go dla naszych warunków najracjonalniej — jako sanatorium dla dzieci gruźliczych. Pierwsze transporty dzieci potwierdziły słuszność tego posunięcia, ponieważ na 80 dzieci — 20 było z gruźlicą otwartą, 7 z gruźlicą kostną, a reszta ze zmianami gruczołowymi. Pawilony obliczone są dla 300 łóżek — i podzielone na oddziały dla chłopców i dziewcząt od lat 7—16, prócz tego są dwa oddziały obserwacyjne po 25 łóżek, a poza tym osobny pawilon na wypadek chorób zakaźnych, które mogłyby powstać w zakładzie, na 30 łóżek. Zakład zaopatrzony jest we wszelkie urządzenia dla wyjałowiania ubrań, koców etc., w nowoczesne kuchnie, chłodnice, dezynfektory, oraz pralnie mechaniczne.

Pawilon lekarski zaopatrzony jest, prócz gabinetów i poczekalni, także w fryzjernię i łazienki dla dzieci nowoprzyjętych do Zakładu. W tymże pawilonie znajdują się pracownie: rentgenelogiczna, bakteriologiczna, elektrokardiografia, sale operacyjne i dentystyczne oraz światłolecznictwo i t. d.

W osobnym budynku jest szkoła, którą prowadzi wykwalifikowany personel nauczycielski. Zakład położony poniżej przełęczy Kubalonki na wysokości 751 m. n. p. m: na stoku południowym, gwarantuje powietrze wysokogórskie i dobre nasłonecznienie

tym bardziej, że od wiatrów chroni go Barania Góra i lasy. Sanatorium zasadniczo przeznaczone jest dla dzieci śląskich, t. zn. 260 miejsc; — za tych płacą związki komunalne zł. 1.75 dziennie, resztę dopłaca skarb śląski. Chorzy prywatni płacą 6 złotych dziennie, a w razie miejsc wolnych, przyjmuje się dzieci z poza Śląska. *B. S.*

KRONIKA

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU LEKARZY POWIATOWYCH WOJEWÓDZTWA WOŁYŃSKIEGO

Doroczny zjazd lekarzy powiatowych i miejskich wojew. wołyńskiego odbył się w dniach 26 i 27 kwietnia b. r. w Janowej Dolinie (kamieniołomy bazaltu). Na zjazd przybył Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej dr J. Adamski i inspektor dr M. Zachert.

Dr W. Habich, kierownik oddziału zdrowia w urzędzie wojewódzkim, pod którego przewodnictwem zjazd obradował, w wyczerpującym referacie przedstawił ogólny stan zdrowotny województwa (przyrost naturalny wzrósł o 2,2, umieralność zmniejszyła się o 2,5), rozwój akcji zapobiegawczej przeciw chorobom zakaźnym (zmniejszenie zachorowań, np. na czerwonkę z 7975 w 1934 r. spadły na 1074 w 1935 roku) i chorobom społecznym (uruchomiono 6 nowych przychodni zapobiegawczych i 2 prewentoria), rozwój opieki higienicznej nad matką i dzieckiem (2 nowe stacje stałe i 1 lotna objazdowa) oraz nad młodzieżą szkolną (opiekę tę sprawuje 56 lekarzy rejonowych i 5 szkolnych oraz 7 higienistek), stan wykonywania nadzoru nad artykułami żywności i wodą (pobrano 8879 prób, 12 proc. zakwestionowano), oraz sklepami, rzeźniami i t. p., stan urządzeń sanitarnych (studni 102.000, w tym wierconych 2180, 2 wodociągi w budowie w Łucku i Równem), aparat samorządowej służby zdrowia (57 lekarzy rejonowych i 11 miejskich oraz 10 punktów felczerskich), stan szpitalnictwa (20 szpitali samorządowych z łóżkami, w Sarnach wykończa się nowy szpital) oraz plan dalszego rozwoju placówek służby zdrowia w najbliższej przyszłości (budowę nowych szpitali w Łucku i Kostopolu, filii Państwowego Zakładu Higieny, wiejskich ośrodków zdrowia i łaźni, studzien publicznych itp.).

Druga część posiedzenia została poświęcona higienie pracy w kamieniołomach. Na wstępie uczestnicy zjazdu zwiedzili kamieniołomy, zapoznając się na miejscu z warunkami pracy. Następnie dr Z. Jancelewicz, lekarz powiatu kostopolskiego, sprawujący nadzór sanitarny nad kamieniołomami, wygłosił referat, w którym omówił charakter pracy w kamieniołomach oraz warunki bezpieczeństwa i higieny pracy. Robotnicy pracując pod gołym niebem narażeni są na różne schorzenia związane z warunkami atmosferycznymi (odmrożenia, porażenia słoneczne, zaziębienia, gościec stawowy itp.), ze względu zaś na rodzaj pracy narażeni są stale na skaleczenia odpryskami kamieni (średnio 207 wypadków skaleczeń miesięcznie przy około 3.000 zatrudnionych). Na skaleczenia najbardziej są narażone ręce (palce) i oczy. Ponadto część robotników pracujących w młynach kamieniarskich narażona jest na pylicę i schorzenia dróg oddechowych.

W dyskusji inspektor dr Zachert i dr Odrzywolski, referent higieny pracy w Ministerstwie Opieki społecznej, wskazali na konieczność dalszego usprawnienia ochrony robotników, zwłaszcza przed skaleczeniami oczu, oraz podniesienia warunków higienicznych w kamieniołomach.

W drugim dniu Zjazdu wygłosili referaty dr A. Tarpiński, o pracy i zadaniach kolumny epidemicznej w terenie, dr Fr. Jakszewicz o stanie opieki lekarskiej na Wołyniu, dr Cz. Kłosowski o programie prac ratownictwa sanitarnego w zakresie Oplg.

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU LEKARZY POWIATOWYCH WOJEWÓDZTWA LWOWSKIEGO

W dniu 2 i 3 lipca 1937 r. odbył się we Lwowie Zjazd lekarzy powiatowych województwa lwowskiego. W Zjeździe tym wzięli udział również lekarze miejscy oraz naczelni lekarze Ubezpieczalni Społecznych z terenu województwa lwowskiego. Nadto przybyli na Zjazd naczelnicy Wydziałów Zdrowia z sąsiednich województw krakow-

skiego i stanisławowskiego oraz z Ministerstwa Opieki Społecznej inspektor Służby Zdrowia dr M. Zachert i główny dyrektor Państwowego Zakładu Higieny doc. G. Szulc. Obradom Zjazdu przewodniczył dr Wacław Majewski, naczelnik Wydziału Zdrowia Lwowskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Na Zjeździe wygłoszone zostały następujące referaty:

1. O stanie sanitarnym w Województwie, przez dra Ludwika Neugebauera, inspektora lekarskiego Urzędu Wojewódzkiego. W referacie tym na podstawie sprawozdań za rok 1936 przedstawił referent szczegółowo stopniowy postęp w zakresie podniesienia stanu sanitarnego w Województwie w szczególności podkreślając niestosunek ilości lekarzy w gminach miejskich i wiejskich, brak przeszkolonych pielęgniarek i odpowiednich położnych, oraz wynkające stąd trudności przy organizowaniu okręgów sanitarnych, Ośrodków Zdrowia i przychodni samodzielnych, oraz opieki zdrowotnej nad młodzieżą szkolną.

2. Problemy sanitarne większych miast. Dr Eugeniusz Doliński, naczelny lekarz miasta Lwowa, na podstawie ankiety rozpisanej do wszystkich miast w Polsce, przedstawił najważniejsze potrzeby sanitarne miast polskich w szczególności w zakresie planowej rozbudowy miast i urządzeń techniczno-sanitarnych oraz uregulowania podstaw prawnych co do wykonywania nadzoru sanitarnego przez samorządy miejskie.

3. Praca ruchomej kolumny przeciwgruźliczej na terenie wiejskim. Dr Stanisław Hornung, kierownik ruchomej kolumny przeciwgruźliczej przedstawił, jak ważnym momentem w akcji przeciwgruźliczej jest wczesne rozpoznawanie gruźlicy płuc. Jest ono jednak możliwe jedynie przy zastosowaniu badania rentgenowskiego. Zorientowanie się w nasileniu endemii gruźliczej na wsi było pierwszym zadaniem ruchomej kolumny, stworzonej przez II. Klinikę chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie wspólnie z Wojewódzkim Towarzystwem Przeciwgruźliczym. W pierwszym roku działalności (do czerwca 1937 r.) wykonano 7.250 badań rentgenologicznych i 4.096 odczynów tuberkulinowych metodą śródskórną (Mantoux). Wśród dorosłych mieszkańców wsi było gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia 3.3%, gruźlicy wymagającej leczenia 5.1%, gruźlicy wymagającej obserwacji 5.8%, gruźlicy wygojonej 26.7%. U dzieci wiejskich odpowiednie cyfry wynosiły 0,8%, 2,7%, 8,5%. Ilość dodatnich odczynów tuberkulinowych wzrastała z wiekiem dzieci (od 3 roku życia od 10 do 60%). Stwierdzono bardzo znaczne różnice w zachowaniu się odczynów tuberkulinowych w różnych wsiach. Kierownictwo kolumny zamierza w najbliższym gruźliczej na terenie jednej z gmin. Referat ten został następnie uzupełniony pokazem, jak kolumna zainstalowuje się i pracuje w terenie.
czasie zorganizować „placówkę przeciwgruźliczą", która by objęła całość akcji przeciw-

4. Rozważania epidemiologiczne nad durem plamistym. Dr Piotr Radło, na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań epidemiologicznych na terenie powiatu jaworowskiego, stwierdza, że dur plamisty nie występuje w postaci jednostajnie rozprzestrzenionej, lecz w formie ognisk endemicznych i epidemicznych, których dopiero ujawnienie pozwala na skuteczne tłumienie epidemii. Wykrycie ognisk można uskutecznić za pomocą porównywania map zachorowań dla każdego roku i dla każdej miejscowości, map przedstawiających daty pierwszych zachorowań, zachorowań nietypowych pod względem klinicznym, szkiców dróg szerzenia się epidemii, map zawszenia ludności, stanu sanitarnego oraz map zalesienia terenów. Okazuje się, że ogniska endemiczne występują jakoby chętniej wśród gajów, a nie ma ich wśród gęstych lasów lub w terenach otwartych.

5. Uwagi o stanie obecnym oraz możliwościach rozwoju uzdrowisk i letnisk na terenie województwa lwowskiego. Referent dr Neugebauer przedstawia szczegółowo stan obecny 8 miejscowości posiadających charakter uzdrowiskowy oraz przedstawia wartości klimatyczne i letniskowe 30-kilku miejscowości na terenie województwa, które mogły by być zorganizowane jako letniska. Podaje, że w uzdrowiskach zanotowano w okresie sprawozdawczym ponad 57.000 osób. Liczba ta zwiększyłaby się znacznie z chwilą zorganizowania i adaptowania odnośnych miejscowości do odpowiedniego stanu.

W czasie Zjazdu uczestnicy zwiedzili urządzenia kąpielowe miasta Lwowa, Muzeum Higieny, zorganizowane przez Towarzystwo Higieniczne i Wystawę Uzdrowiskową oraz zakłady zdrojowe w Lubieniu Wielkim i Szkle, a wreszcie urządzenia wodociągowe miasta Lwowa ze zbiornikami w Woli Dobrostańskiej.

W SPRAWIE ODDYMIANIA MIAST

W marcu b. r. odbyło się w Warszawie posiedzenie Zrzeszenia Gazowników, Wodociągowców i Techników Sanitarnych wraz z przedstawicielami Wydziału Higieny Mieszkaniowej. Omawiano sprawę oddymiania miast przez specjalną komisję, powstałą z inicjatywy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Inżynier Z. Rudolf, kierownik działu techniki sanitarnej, wygłosił referat na ten temat, przedstawił prace komisji technicznej i wytyczne na przyszłość. Inż. St. Konopka zaznajomił zebranie ze stanem oddymiania Warszawy oraz z przepisami miejscowymi o paleniskach, przewodach w budynkach miasta. Referaty wywołały ożywioną dyskusję, gdyż praca nad oddymianiem miast znana jest w Polsce stosunkowo mało, podczas gdy za granicą, oddymianiem miast zajmują się już od dłuższego czasu specjalne urzędy, dym bowiem uznany został w badaniach higieny mieszkaniowej, jako niezmiernie szkodliwy dla zdrowia, szczególnie — w okolicach zakładów i szpitali dziecięcych, w których dzieci, przebywające stale na tych samych terenach, wchłaniają dym w niezmiernie dużej ilości. Uchwalono opracować projekt przepisów w sprawie oddymiania miast i rozesłać go do opinii do odpowiednich instytucyj oraz do Komisji Technicznej Oddymiania Miast, po czym na specjalnym zebraniu uchwalić odpowiednie wnioski. Opracowanie projektu powierzono inż. Korsakowi.

INSPEKTORZY ZAKŁADÓW UBEZPIECZALNI SPOŁECZNYCH

Przed kilku miesiącami w Warszawie na Żoliborzu rozpoczął urzędowanie inspektor Zakładów Ubezp. Spol., który ma za zadanie badanie warunków pracy lekarzy, stosunku ludności do lekarza domowego oraz wprowadzenie usystematyzowanej pracy poszczególnych punktów leczniczych Ubezp. Społ. Również zadaniem inspektora jest skoordynowanie pracy lekarza domowego ze specjalistami, do których odsyła się chorych terenowych. Jest to pierwsza próba usprawnienia pracy, która ma za sobą pociągnąć powołanie inspektorów na całym terenie miasta Warszawy. Próbę tę obserwują z zainteresowaniem zarówno lekarze, jak i leczący się, gdyż tak jedni jak i drudzy spodziewają się wiele ulepszeń w lecznictwie. Lekarze oczekują zwiększenia ilości punktów leczniczych, chorzy zaś — sprawniejszego załatwiania ich spraw i dostępniejszej pomocy lekarskiej.

Kronika pielęgniarska

ZE LWOWA

Pierwsza grupa pierwszego kursu przygotowawczego do egzaminu państwowego z pielęgniarstwa uważa za potrzebę serca i swój obowiązek złożenia gorącego podziękowania za doskonałe przygotowanie i wielki wysiłek, poświęcony kursistkom, Kołu Lwowskiemu P. S. P. Z., w szczególności — kierowniczkom kursu, PP. A. Dąmbskiej i A. Sawczyńskiej. *Pielęgniarki I kursu.*

W SPRAWIE EGZAMINÓW PIELĘGNIARSKICH

Urząd Wojewódzki Lwowski zawiadamia, że Ministerstwo Opieki Społecznej przedłużyło dla województwa lwowskiego termin składania podań o dopuszczenie do egzaminu państwowego z pielęgniarstwa.

NADESŁANE

1) **Dr Karfiol:** Krytyczne uwagi do ustawy Rzeszy Niemieckiej w celu zapobieżenia dziedzicznie choremu potomstwu. (Odbitka z „Gazety Lekarskiej Śląska Polskiego", Cieszyn, Nr 3, 1937).

2) **Dr A. Biernacki:** Badanie morfologiczne krwi w gruźlicy. (Wyd. Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, 1937. — Praca odznaczona I-ą nagrodą na konkursie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego).

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Maria Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Drukarnia Krakowskich Zakładów Graficznych i Wydawniczych pod zarz. R. Ferka Kraków, św. Krzyża 11

XII Walny Zjazd P S P Z

w Wilnie

9—10—11 X 1937

Koleżanki, pragnące wziąć udział w Zjeździe, są proszone o nadesłanie zgłoszenia oraz o równoczesne przesłanie 3 zł. jako opłaty za uczestnictwo, 1 zł. na rzecz Związku Propagandy Turystycznej (kwota ta obejmuje koszta zwiedzania Wilna wraz z opłaconymi wstępami), 2 zł. jako zadatek na kwaterę — **razem zł. 6.** — Koleżanki są proszone o zaznaczenie, na jaką kwaterę reflektują oraz na jak długo.

Nocleg w hotelu od	2.50 zł.
„ w mieszkaniu prywatnym	1.50 zł.
„ w schronisku	1.— zł.

Uczestniczki Zjazdu otrzymają po nadesłaniu zgłoszeń, zniżki kolejowe.

Zgłoszenia i opłaty należy wysyłać od dnia 1/IX/37 do dnia 20/IX/37 pod adresem

Wileńskie Koło

Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych

Wilno

ul. Wielka 46 — Ośrodek Zdrowia


piękne zęby-
KLORO
INT
świeży oddech


HYGENOL
HYGENOL
PUDER DLA DZIECI